

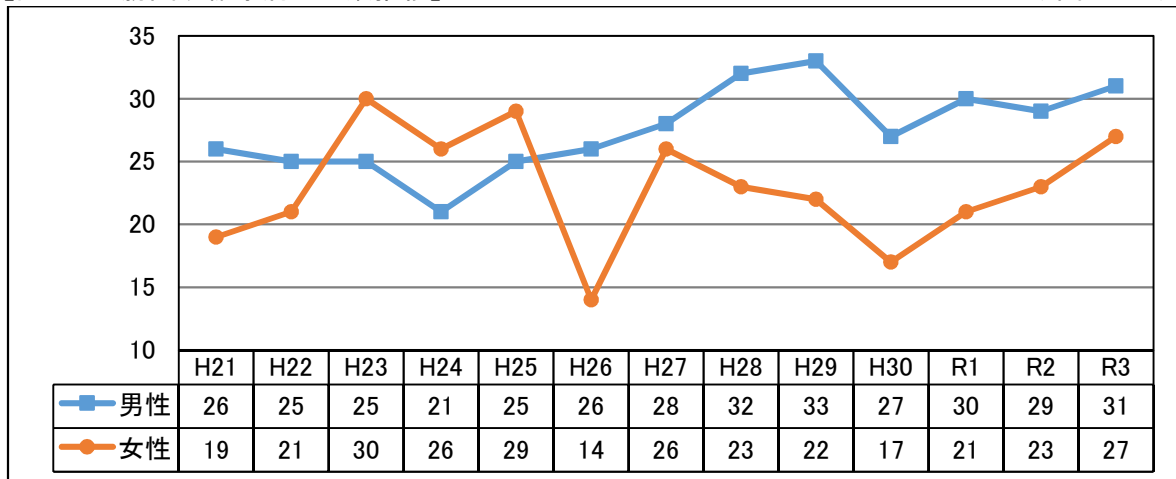
#### 4 糖尿病の医療連携体制

##### (1) 現状

##### ア 死亡・罹患の状況

- 十勝圏域では、令和3年に58人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.3%（全国1.0%、全道1.2%）を占めています。（図1）
- 糖尿病の令和2年年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は、北海道は男女ともに全国値よりやや高く、男性は全道16.0（全国13.9）、女性は全道8.6（全国6.9）となっています。（国勢調査及び人口動態調査）

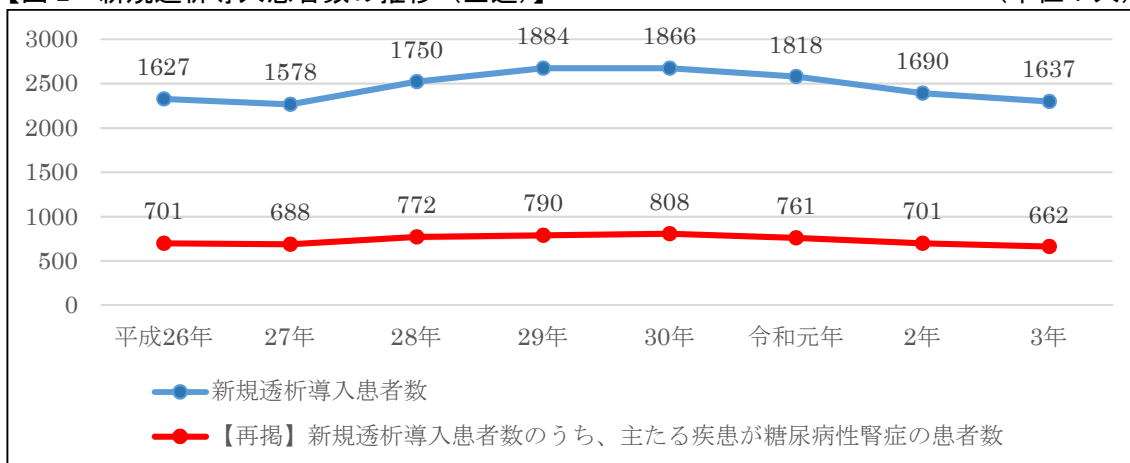
【図1 十勝圏域糖尿病死亡数推移】 (単位：人)



(人口動態調査)

- 道内の糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（令和3年）は662人で、新規透析導入患者数全体の40.4%（全国40.2%）を占めています。（図2）  
また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（令和3年）は6,109人で、年末透析患者数全体の40.4%で、全国（39.6%）と同様に増加しています。

【図2 新規透析導入患者数の推移（全道）】 (単位：人)



(令和3年 社団法人日本透析医学会・統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」)

##### イ 糖尿病の予防

##### (健康診断の受診状況)

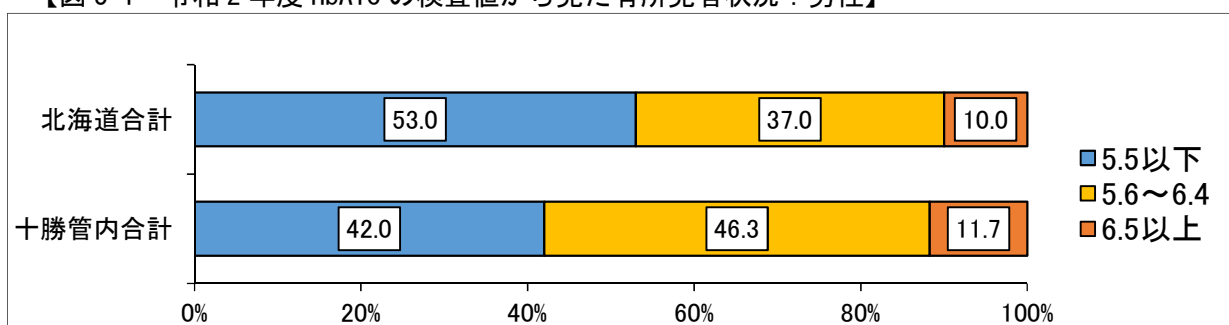
- 糖尿病は自覚症状がないまま進行するため、定期的な健診の受診による早期発見・治療が重要です。令和4年度市町村国保の特定健康診査実施率は42.3%（全国37.5%、全道29.7%）であり、全道より10ポイント以上高い状況です。

- また、令和4年度市町村国保の特定健康診査受診者のうち、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者の割合は21.7%（全国20.6%、全道20.3%）、内臓脂肪症候群予備群の割合は11.0%（全国11.1%、全道11.0%、）で、全国・全道と比較し内臓脂肪症候群該当者がやや多い傾向にあります。

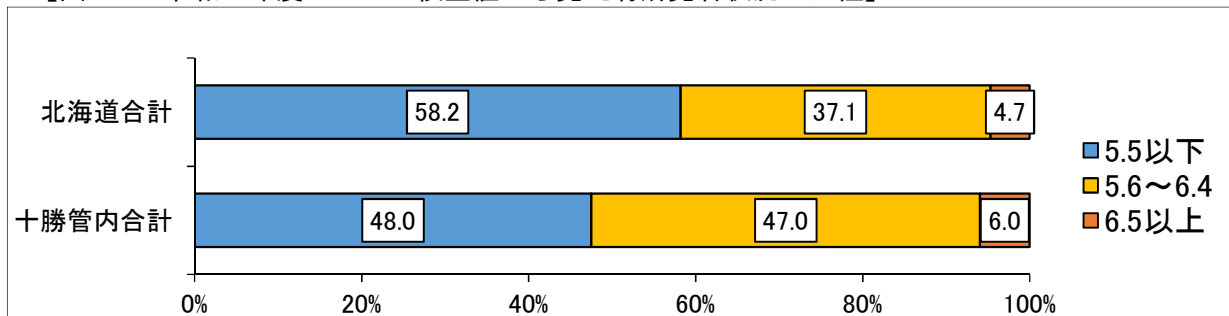
肥満者の割合（BMI25以上）は、男性42.4%（全国37.1%、全道41.4%）女性26.0%（全国21.8%、全道24.4%）と男女ともに全国・全道と比較すると高い状況です。（令和2年NDBオープンデータ）

- 令和2年度の特定健康診査結果のHbA1cを男女別に見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、男性は11.7%（全道10%）、女性は6.0%（全道4.7%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、男性は46.3%（全道37.0%）、女性は47.0%（全道37.1%）でした。十勝では健診受診者の4割以上が医療や保健指導を要する状態であると判定されています。（図3-1、3-2）

【図3-1 令和2年度HbA1cの検査値から見た有所見者状況：男性】



【図3-2 令和2年度HbA1cの検査値から見た有所見者状況：女性】



（令和2年NDBオープンデータ）

#### ウ 医療機関への受診状況

（患者調査）

- 令和2年の糖尿病の受療率（人口10万人当たり）は、入院が全道で20（全国12）、外来が全道で166（全国170）であり、全国と比較して入院受療率が1.7倍高い状況にあります。
- また、糖尿病患者の平均在院日数は33.8日（全国30.6日、全道35.5日）で、全国より3.2日長くなっています。

（受療動向調査）

- 糖尿病の患者が十勝圏域で受診している割合は、入院97.0%、通院98.6%と、圏域内で医療がほぼ完結している状況です。（令和4年度北海道国民健康保険・退職国保、後期高齢者医療制度レセプトデータ）

## エ 医療機関の状況

(糖尿病医療機能を担う公表医療機関について)

- 「インスリン療法を行うことができる」、「糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができる」、「糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」のいずれかに該当する公表医療機関は十勝圏域内に 47 か所（令和 5 年 4 月 1 日現在）あり、平成 30 年の 54 か所から 7 か所減っています。
- 「糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる」、「医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」の両方を満たす公表医療機関（眼科）は 6 か所です（令和 5 年 4 月 1 日現在）。
- 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関 66 か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は、16 か所（病院 13 か所、診療所 3 か所）となっています。また、「糖尿病治療に関する医療連携を実施している医療機関数は 46 か所（病院 11 か所、診療所 35 か所）で、全体の 69.7%となっています。（令和 4 年 糖尿病治療における地域医療連携状況調査）
- 医療機関の公表調査結果（令和 5 年 4 月 1 日現在）では、クリティカルパスを導入している医療機関は 28 か所です。
- 十勝圏域では、かかりつけ医と糖尿病の専門治療を担う医療機関が連携するルールを作成・運用しています。
- 十勝圏域では、糖尿病の入院医療及び糖尿病性腎症を含む人工透析治療（血液透析）について、圏域内ではほぼ完結できている状況です。

## (2) 課 題

### ア 発症予防

- 糖尿病は初期の段階では自覚症状がなく、放置すると合併症を引き起こす病気ですが、食生活、運動などの生活習慣を変えることで、予防や改善ができることから、住民が自分自身の健康状態を確認するとともに、自身の生活習慣改善について情報を得る機会として、特定健康診査・特定保健指導の実施率を高める必要があります。
- 糖尿病は、薬物療法だけで良好な血糖コントロールができない場合があることから、住民の生活に密着した地域保健（市町村国保）と医療機関とが十分連携し、役割分担をしながら生活習慣改善への働きかけをしていく必要があります。

### イ 重症化予防等

糖尿病の重症化を防ぐため糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と糖尿病専門医療機関、眼科、歯科診療所とのネットワークを構築し、切れ目のない医療連携体制を構築できるよう啓発することが必要です。

### ウ その他

糖尿病があっても地域や施設等で安心して生活できるよう、患者の医療・介護等情報について、保健・医療・福祉・介護等関係者が相互に把握できる仕組みが必要です。

## (3) 必要な医療機能

### ア 予防

(糖尿病発症のリスク低減、特定健康診査・特定保健指導、健診後の受診勧奨)

- 医療機関は、検診後の受診勧奨等により受診した者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行います。
- 医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導を実施し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、受診を勧めます。
- 保健所、医療保険者は、適切な食生活及び運動週間により予防や改善ができることの普及啓発を行います。

## イ 初期・安定期治療

(糖尿病の診断及び生活習慣病の改善、良好な血糖管理を目指した治療)

- 75gOGTT\*1、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行い糖尿病連携手帳に検査値・指導内容を記載します。
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖管理を行います。
- シックデイ\*2の対応や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。
- かかりつけ医は、栄養指導や生活指導が必要と判断された場合、本人の同意を得た上で、市町村や保険者へ保健指導の指示を出し、市町村等は保健指導を実施し、かかりつけ医へ報告し、連携した支援を実施します。
- 訪問看護事業所、歯科診療所、薬局、介護支援専門員等と連携した在宅医療を行います。
  - \*1 75gOGTT (Oral glucose test (経口ブドウ糖負荷試験) : 75gのブドウ糖溶液を投与し、その後の糖の処理能力を調べることやインスリン分泌能を確認するための検査方法の一つ。
  - \*2 シックデイ : 糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐又は食欲不振によって食事ができないとき、体調不良によって糖尿病が悪化しやすい状態となる。

## ウ 専門的治療

(専門的治療を必要とする患者への対応、多職種連携によるチーム医療の実施)

- かかりつけ医は、必要な患者について、数か月～1年に1回、糖尿病の状態、合併症の状態を評価するため、糖尿病専門医に紹介します。
- 糖尿病専門医は、合併症の状態の評価や治療方針等をかかりつけ医へ情報提供(逆紹介)します。
- かかりつけ医は、眼科や歯科医への定期受診勧奨を行います。
- かかりつけ医は、栄養指導や生活指導が必要と判断された場合、本人の同意を得た上で、市町村や保険者へ保健指導の指示を出し、市町村等は保健指導を実施してかかりつけ医へ報告するなど、連携した支援を実施します。(p.48「糖尿病診療に係る地域連携イメージ図」参照)

## エ 感染症流行時等への対応

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めます。

### (4) 数値目標等

指標名 (単位)		現状値	目標値	現状値の出典
特定健康診査受診率 (%)		42.3	70.0	北海道国保連合会 特定健診・特定保健指導実施 結果集計表 (令和4年度)
特定保健指導実施率 (%)		45.2	現状より 増加	北海道国保連合会 特定健診・特定保健指導実施 結果集計表 (令和4年度)
HbA1c値が6.5%以上の者の割合 (40～74歳)	男 性	11.7	8.0	令和2年NDBオープンデータ
	女 性	6.0	3.3	
糖尿病に係る地域連携クリティカルパスを 導入している医療機関数 (カ所)		28	現状より 増加	北海道保健福祉部調査 (令和5年4月1日現在)

### (5) 数値目標等を達成するために必要な施策

#### ア 発症予防対策の充実

- 保健所、市町村、医療保険者、医療機関、医師会等は協力して特定健康診査の実施率向上に取り組めます。なお、生活習慣病等で通院中の患者に対しても、対象年齢の方には年1回特定健康診査等を受けるよう受診勧奨します。
- 保健所、市町村、医療保険者、医療機関、医師会等は協力して適切な食生活及び運動習慣により、糖尿病の発症予防や改善ができることを普及啓発します。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者は特定保健指導や医療機関の受診勧奨を実施し、予防と医療が連携して生活習慣の改善が図られるよう支援します。

イ 重症化予防等に係る取組の推進

- 糖尿病の発症リスクのある者及び患者に対し、「糖尿病連携手帳」（日本糖尿病協会発行）を持参して受診・相談し、医療機関へは連携パスとして活用することを普及啓発します。
- 「治療中者対策」「治療中断者対策」「医療機関未受診者対策」を十勝圏域糖尿病重症化予防対策の3本柱とし、対策ごとの取組を各市町村、医療機関等が連携して推進します。
- かかりつけ医と糖尿病専門医、眼科医及び歯科医等関係機関へ糖尿病連携手帳の活用について広く周知を図り連携を強化していきます。

ウ その他

関係機関や関係団体などが相互協力のもと、十勝圏域の糖尿病治療や予防に係る情報を共有するとともに、資質向上のための研修等を実施します。

(6) 医療機関等の具体的名称

ア 糖尿病医療を担う医療機関の公表基準

北海道医療機能情報公表システムに基づく、医療機能情報の報告内容から、次の①～③の項目のいずれかに該当する医療機関

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① インスリン療法を行うことができること</li><li>② 糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができること</li><li>③ 糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができること</li></ul> <p>[眼科]</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ア 糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる</li><li>イ 医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる</li></ul> |
|--|

イ 医療機関名

上記に定める公表基準を満たした医療機関のうち、公表の同意のあった医療機関は、資料編表1を参照してください。

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼし、歯周病治療で血糖値が改善すると示唆されていることから、医療機関と連携し、適切な歯科医療の提供に努めます。また、糖尿病合併症予防に当たっては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理が重要であることから、糖尿病患者の教育入院や糖尿病教室を実施する医療機関において、歯科医療従事者が歯科保健指導や歯科健康教育を行うなど、医科歯科連携による療養支援体制の構築を目指します。
- 難治性の歯周病患者に対して、糖尿病に伴う易感染状態を疑い、糖尿病・内分泌専門医療を担う適切な医療機関へ紹介するよう努めます。

(8) 薬局の役割

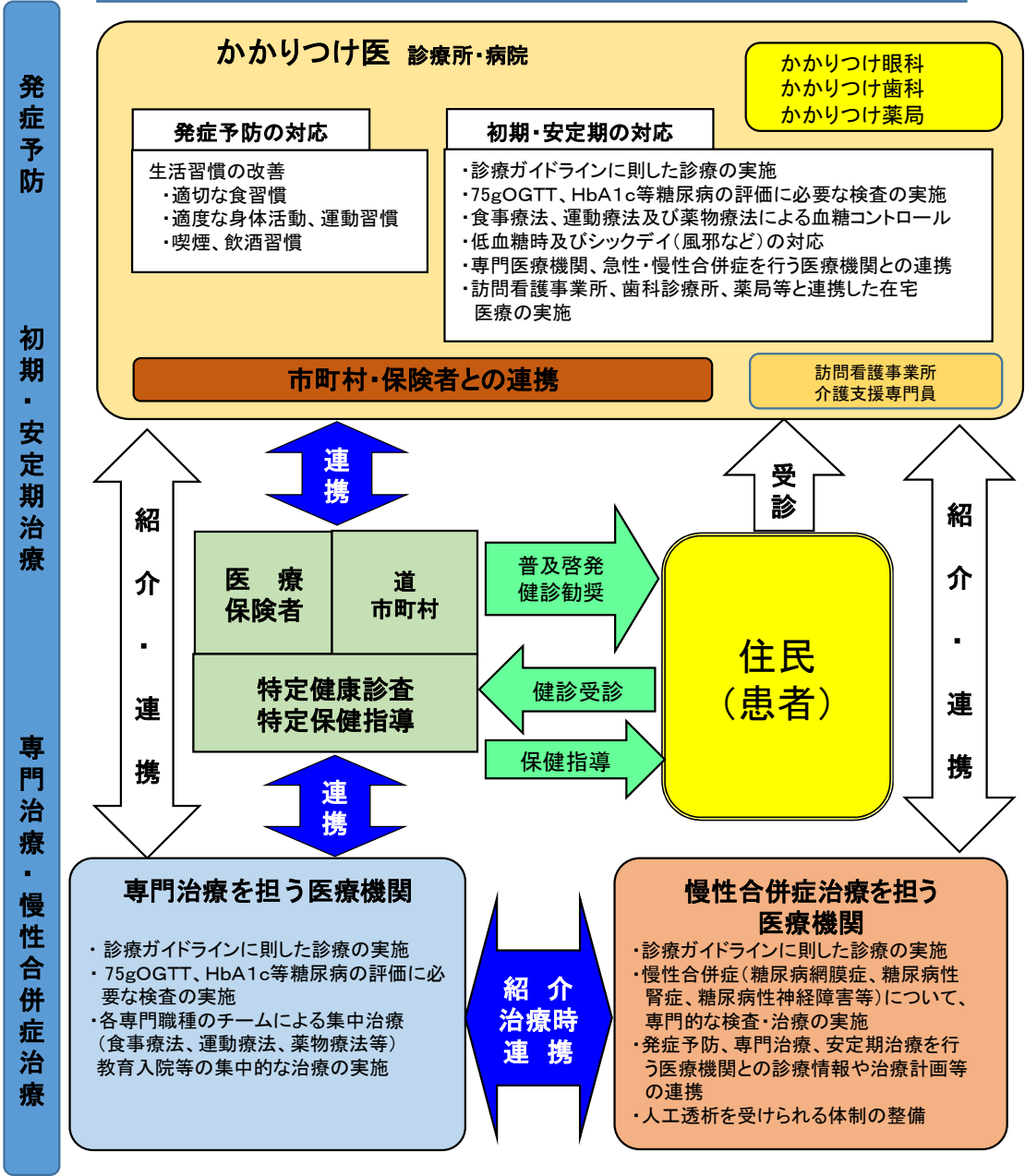
- 糖尿病の治療継続や重症化の予防のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理のもと、訪問による患者への適切な服薬指導などに努めるとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

(9) 訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質（QOL）の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア・フットケアなどによる合併症の予防や早期発見、急性増悪時の対応について、患者・家族及び支援関係者と平常時からの連携を促進します。

# 糖尿病の医療連携体制

発症予防から安定期、慢性合併症等に応じた適切な医療を提供するため、診療情報や治療計画の共有に努めます。



(関係者向けリーフレット)

## 糖尿病患者支援の関係者の皆様へ

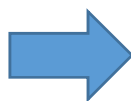


### 糖尿病重症化予防の取り組みのご案内

十勝保健医療福祉圏地域連携推進会議生活習慣病専門部会では、糖尿病重症化予防を重点に取り組んでいます。

#### 3ヶ月以上未受診で

- HbA1c7.5%以上
- 尿中アルブミン値 30 以上  
または尿蛋白(+)以上



左記の数値は、透析導入、脳梗塞、心筋梗塞を起こしやすい基準値であることから、重点的にアプローチを行う目安とします。

### 糖尿病の重症化予防対策の3本柱

血糖コントロールの目標 (日本糖尿病学会)

目 標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

#### 治療中断者対策

- 3ヶ月以上医療機関未受診で
- HbA1c7.5%以上
  - 尿中アルブミン値30以上  
又は尿蛋白(+)以上

##### <対策>

- ◆ 医療機関による治療中断者に対する受診勧奨
- ◆ 市町村による国保KDBや特定健診等での把握後、受診勧奨・保健指導の徹底
- ◆ 患者さんへリスクの啓蒙

#### 治療中者対策

##### <対策>

- ◆ 医療機関: 継続治療の勧め
- ◆ 関係職種: 継続支援
- ◆ 市町村がかかりつけ医で実施された検査データ把握
- ◆ 他職種連携ネットワーク推進
- ◆ 患者自身: 継続治療と生活習慣改善で血糖コントロール及び糖尿病手帳の持参、相談

#### 医療機関未受診者対策

##### <対策>

- ◆ 医療機関未受診者の把握  
特定健診受診率の向上  
国保KDBで把握  
↓
- ◆ 受診勧奨 (かかりつけ医等へ紹介)  
電話、個別面談、個別訪問等  
↓
- ◆ 保健指導の徹底  
電話、個別面談、個別訪問等

- 糖尿病治療中またはこれから治療される方へ、かかりつけ医や相談機関へ行く際には、**糖尿病連携手帳**を持参し、提示することを普及啓発していきます。
- 十勝管内の多職種連携でネットワークを構築し、糖尿病重症化予防に取り組みましょう。

(患者さん用リーフレット)

## 糖尿病治療中の方へ (これから治療される方)

血糖値が高いと言われても...  
初めは自覚症状がわかりません...  
放っておくと、血糖値がさらに高くなり、深刻な合併症を招いてしまうので、  
**糖尿病治療を継続し、重症化予防をしましょう!**

血糖値が高くなると  
視力低下・腎臓・神経障害 など

血糖値が低くなると  
めまい・集中力低下・意識障害 など

■ かかりつけの内科・歯科・眼科などにかかるときは、  
**糖尿病連携手帳**を持参し、提示しましょう。  
保険証・お薬手帳とセットで持ち歩くことをおすすめします。

■ 糖尿病治療中の方は治療を継続し、食事や運動など生活習慣の改善も大事です。  
**糖尿病連携手帳**を持参し、相談しましょう。  
お住まいの市町村役場の保健師・栄養士なども、食事や運動のアドバイスをして  
います。

**歯周病 ⇄ 糖尿病の悪化**  
食後の歯みがき 大事です!

十勝ではこんなバックアップ体制をつ  
っています。

連携

● 糖尿病連携の概略と説明

糖尿病連携手帳を見れば、どこへ行っても医師、歯科医師、保険師、栄養士、  
薬剤師などの医療関係者があなたの状態がわかるようになっています。

【糖尿病重症化予防に関するお問い合わせ先】  
北海道帯広保健所 企画総務課 0155-26-9010  
北海道帯広保健所 (十勝保健医療福祉連携推進会議 編)

